

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GABRIELLA CARTAXO LEITE

**PERFIL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:
HUMANIZAÇÃO E AUTOCUIDADO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GABRIELLA CARTAXO LEITE

**PERFIL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:
HUMANIZAÇÃO E AUTOCUIDADO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Tecnologia de Concepção do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PERFIL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: HUMANIZAÇÃO E AUTOCUIDADO** de autoria do aluno **GABRIELLA CARTAXO LEITE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Tecnologia de concepção.

Profa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A DEUS,
pai misericordioso, a quem coloco a frente
de todos os meus projetos
e a Ele entrego a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A todos os meus familiares que se fosse citar seria uma folha inteira;
Á orientadora Prof^a. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello, agradeço pelo saber compartilhado, pela disponibilidade de tempo mesmo com tantas atribuições, pela generosidade, por toda orientação e apoio;

Á Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes, Coordenadora do Curso;

Á Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos, Coordenadora de Monografia;

Agradeço a todos os professores, que de forma especial ministraram suas aulas;

Aos funcionários da instituição de forma geral, meu sincero agradecimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

RESUMO

Realizou-se uma pesquisa quantitativa, descritiva, que objetivou-se identificar o perfil da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência, de um Hospital Filantrópico, do interior de Alagoas, correlacionando com a humanização e autocuidado. Entrevistou-se 42 profissionais da equipe de enfermagem, do setor de emergência. Os critérios de inclusão foram: ter mais de um ano na emergência, ser da equipe de enfermagem, consentir em participar, após esclarecimento verbal sobre objetivos e a metodologia da pesquisa. A coleta de dados deu-se de 2 a 12 de janeiro de 2014, através da aplicação de um questionário, elaborada pela própria investigadora de acordo com sua vivência profissional, que resultou em 10 perguntas objetivas, de múltipla escolha, aplicados na unidade, durante o expediente de trabalho, onde se procurou não ultrapassar o limite médio de 10 minutos por entrevista, evitando ao máximo interferir na rotina. Identificou-se de acordo os dados, que os auxiliares e os técnicos respectivamente com 13 (57%) e 10 (63%) usam apenas luvas e máscaras, ou seja, mais da metade, enquanto, que entre as enfermeiras 67% utiliza como equipamento de proteção individual avental, luvas, máscaras e óculos. Porém, há que se considerar que este processo, passa pelas condições de que seja estimulado, o aprimoramento profissional e incluído no processo decisório de gestão e, assim, a equipe de enfermagem, sentirá valorizada e apoiada pela sua instituição. Ressaltando que esta valorização deva iniciar, primeiro pelo autocuidado do profissional, para assim, este possa proporcionar com humanização, o cuidado aos pacientes na emergência.

Palavras – chave: Humanização. Enfermagem. Emergência. Autocuidado.

1 INTRODUÇÃO

A temática humanização da assistência de enfermagem em unidade de emergência é importante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento direcionado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do cliente independente da classe social, ou do setor de trabalho.

Na possibilidade de resgate do ser humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar, o fazer em saúde no setor de emergência, pois a humanização precisa ser trabalhada na saúde, em especial, pela enfermagem como sendo o cuidar de forma holística levando em consideração os princípios éticos que os profissionais da saúde precisam praticar e vivenciar (FORTES, 2000).

A humanização não é algo aleatória ela está inserida em um projeto político de saúde do ministério da saúde que a partir da década de 90, o serviço de saúde abordou a temática como projeto político da saúde, ou seja, para se assegurar um atendimento humano, se faz necessário uma constituição pautada em valores como destacados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e pela Constituição de 1988, como a equidade, a integralidade da atenção entre outros, os quais vislumbram o usuário como cidadãos e os dignifica como essenciais, porém a atualidade nos mostra o contrário, uma grande parte dos cidadãos sendo indignificado pelo próprio sistema da saúde e por uma grande parte de profissionais (RIZZOTTO, 2002).

Assim o conhecimento sobre humanização, traduz que a mesma vem sendo constituída no contexto da saúde, mediante uma perspectiva caritativa como garantia do direito constitucional do cidadão (FORTES, 2000).

Nesse discurso, revela-se a dimensão caritativa da humanização em saúde, cabendo salientar que, na enfermagem, esse discurso construiu-se historicamente, a partir de origens afetivas, mas a enfermagem não trabalha a humanização como visão de caridade, mas respeito mútuo, ao próximo e garantia dos direitos reservados a todo cidadão.

A valorização do doente/cliente do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, é abordada nos textos mais atuais (década de 90 aos dias atuais), revelando uma idéia de

humanização distinta da lógica da caridade, anteriormente mencionada, compreendendo-a como a possibilidade de dar condições para que o usuário seja participante. Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade (FORTES, 2000, p.32).

Mas para levar em consideração a humanização por parte dos profissionais da enfermagem, no âmbito da unidade de emergência, se faz necessário destacar que as instituições devem oferecer condições de trabalho adequadas ao profissional de saúde, pois o grau de ansiedade, frustração e descontentamento do profissional em qualquer área tende a repercutir em seu trabalho. Há instituições de atendimento às saúdes já consideradas humanizadas, porém, algumas vezes essa humanização diz respeito exclusivamente às melhorias da estrutura física dos prédios. Segundo relata (LECLAINCHE, 1962, p.10):

Em relação a falhas na organização do atendimento são apontadas, por exemplo, as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, bem como falhas na estrutura física: (...) espera às consultas e à entrada, nas admissões em tempo dilatado, nos adiamentos impostos aos exames e aos tratamentos, no amontoado humano dentro das salas (...).

Quando a instituição não oferece condições satisfatórias para seus profissionais, há um risco bastante aumentado do atendimento não se processar satisfatoriamente. Também todo o sistema está envolvido. O sistema deve atender a instituição em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas.

Faz-se necessário o desenvolvimento da afetividade, sensibilidade e abertura para a escuta e o diálogo, com vistas a acolher o usuário dos serviços de saúde: "Outro aspecto que envolve reflexão e mudança por parte da equipe de saúde para a humanização da assistência diz respeito ao vínculo (...). Criar vínculos implica em estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento do outro nos sensibiliza. (...) "(RIZZOTTO, 2002, p.196).

Além disso, admite-se a dificuldade em humanizar o atendimento, pois as relações interpessoais são consideradas questões subjetivas que se fazem presente como, por exemplo, a falta de sensibilidade, mas os profissionais, em especial da saúde que lidam com pessoas doentes fisiologicamente ou não, precisam ter a atitude de enfrentar

estas questões e fazer a diferença entre estas pessoas, pois humanizar é vivenciar o novo e viver de forma a ajudar e querer ajudar sempre o próximo.

O objetivo dessa monografia foi identificar o perfil da Equipe de Enfermagem de uma Unidade de Emergência, de um Hospital Filantrópico, do interior de Alagoas, correlacionando com a humanização e autocuidado.

2 FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contribuição da humanização nos hospitais públicos no setor de emergência

A humanização na atualidade é frequente nos serviços públicos de Saúde, pois se considera que os profissionais hoje já estão sendo formados com uma visão ampla de humanização e nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde Coletiva, também se tem o destaque amplo de humanização.

Assim de forma histórico, a humanização surge, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes, compreendendo como princípio de conduta de base humanista e ética, movimento contra a violência institucional na área da Saúde, política pública para a atenção e gestão no SUS, metodologia auxiliar para a gestão participativa e a tecnologia do cuidado na assistência à saúde (DINIZ, 2005, p.324).

O fundamento da Humanização basea-se no respeito e valorização da pessoa humana, constituindo um processo que visa à transformação da cultura dentro da instituição hospitalar, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Esse conceito amplo abriga as diversas visões da humanização supracitadas como abordagens complementares, que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição.

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (REIS, 2004, p.32).

Humanizar não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados através do pacto da saúde.

2.2 Humanização e a técnica e ética nas práticas hospitalares

Na relação do profissional com o cliente na instituição hospitalar, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Na relação entre profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade.

A humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da Saúde e o exercício da ética. Entretanto, na dimensão institucional, trata-se de valores fundamentais para balizar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera bom e justo.

Enquanto na maioria dos hospitais privados a humanização foi tratada como cosmética da atenção; recepcionistas jovens e bonitas, bem vestidas e maquiadas, ambientes bem decorados que não devem nada aos hotéis de luxo, frigobar no quarto e lojinha de conveniência, nos hospitais públicos e movimentos sociais a humanização escapa aos modelos comerciais e recupera dos ideais do SUS a prática da cidadania (DESLANDES, 2006).

Quase vinte e cinco anos depois da sua criação, o SUS é o sistema idealizado para os anseios de saúde do povo brasileiro, mas é também o sistema de saúde público que apresenta as contradições e heterogeneidades que caracterizam a nossa sociedade: serviços modernos, e de ponta tecnológica, ao lado de serviços sucateados nos quais a cronificação do modo obsoleto de operar o serviço público, a burocratização e os fenômenos que caracterizam situações de violência institucional estão presentes.

No ano 2000, o Ministério da Saúde, sensível às manifestações setoriais e às diversas iniciativas locais de humanização das práticas de saúde, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH era um programa que estimulava a disseminação das idéias da Humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com realidades locais. Inovador e bem construído por um grupo de psicanalistas, o programa tinha forte acento na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades.

Em 2004, o Ministério da Saúde passou o PNHAH (2004), por uma revisão, e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que mudou o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS e definiu uma política cujo foco passou

a serem, principalmente, os processos de gestão e de trabalho. Como política, a PNH se apresenta como um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da Saúde, em qualquer instância de efetuação. Tais diretrizes apontam como caminho a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo compromissos e responsabilidade, o fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

Este é o grande desafio: criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos na qual, cotidianamente, se façam presente os valores da humanização.

2.3 Humanização e a gestão participativa

Com a PNH, a humanização alcança os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de Saúde, e a gestão participativa desponta como modelo eleito para a realização dessa política. Quando falamos em gestão participativa ou co-gestão estamos nos referindo ao modo de administrar que não se basta na linha superior de comando e inclui o pensar e o fazer coletivo.

As estratégias para a gestão participativa nos serviços de Saúde devem ser estudadas caso a caso, partindo do conhecimento das realidades institucionais específicas, entretanto algumas ações que a propiciam em qualquer contexto são: a criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de Saúde no dia-a-dia pela própria natureza do seu trabalho, o pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores, em grupos com diversas formações, a criação de equipes transdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição, promovendo o aproveitamento da inteligência coletiva (DINIZ, 2005).

De um modo mais específico, a gestão participativa se dá por meio da criação de instâncias de participação nas quais é possível considerar e estabelecer consensos entre desejos e interesses diversos, por exemplo, o conselho gestor de saúde, que aglutina gestores, trabalhadores e usuários para decidir os rumos institucionais; a ouvidoria, que faz a mediação entre usuários e instituição para a solução de problemas particulares; as

equipes de referência, que se compõem de profissionais que juntos acompanham pacientes comuns ao grupo; os grupos de trabalho de humanização, que fazem a escuta institucionais e criam dispositivos comunicacionais; as visitas abertas, que propiciam as parcerias com familiares para o cuidado de seus parentes (REIS, 2004).

Na assistência hospitalar, a supremacia do recorte biológico e o autoritarismo dos discursos de saber e poder deflagraram crítica contundente ao modelo biomédico de atenção. No aprofundamento do estudo das situações conjunturais associadas a esse fato, chegou-se ao que se pensa hoje sobre a humanização na vertente da indissolubilidade da relação entre atenção e gestão.

A tecnologia que é determinante para aumentar a sobrevida humana e para a diminuição drástica do sofrimento devido aos males que acometem a saúde, tornou-se um intermediário que afasta os profissionais do contato mais próximo e mais demorado com o cliente, não só por que agiliza o atendimento e aumenta a produtividade contada em números, mas também por que fascina e captura o interesse dos profissionais da Saúde, particularmente dos médicos.

Por outro lado, não se trata de entender o cliente como infantilizado e desconsiderar sua autonomia, o que seria além de antiético, o descumprimento de um direito dos usuários de serviços de saúde. Ou seja, não basta bom senso e paciência, é preciso que o profissional aprenda teorias e técnicas relacionais.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, onde foi identificado, o perfil de uma equipe de enfermagem de uma unidade de emergência, na cidade de Arapiraca (AL), buscando correlação com a humanização e autocuidado.

A pesquisa foi realizada, no Hospital filantrópico, sem fins lucrativos. Foram analisados os profissionais da equipe de enfermagem do setor de emergência, com uma amostra de 42 colaboradores: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser funcionário registrado a mais de um ano, ser profissional da saúde, consentir em participar, após esclarecimento verbal sobre objetivos e a metodologia da pesquisa. Início em 02 de janeiro e término 12 janeiro de 2014, com visita, a coordenadora de enfermagem da unidade estudada, onde foram expostos os objetivos e metodologia do estudo, outorgando a aplicação dos questionários, para o final do mês de janeiro, devido à trâmites internos legais e éticos já iniciados.

No ato do preenchimento do questionário, os participantes eram informados a respeito dos objetivos do estudo e do caráter confidencial das informações colhidas no questionário, visando obtenção fiel dos dados pertinentes às características dos participantes.

A coleta de dados deu-se através da aplicação de um questionário de investigação, elaborada pela própria investigadora de acordo com sua vivência profissional, que resultou em 10 perguntas objetivas, aplicados na unidade hospitalar para 42 profissionais de saúde, divididos em três grupos de acordo com a profissão: auxiliar de enfermagem, técnica de enfermagem e enfermeiro(a).

Foram aplicados questionários de múltipla escolha, durante o expediente de trabalho dos profissionais, onde se procurou ser claro e objetivo, não ultrapassando o limite médio de 10 minutos por entrevista, evitando ao máximo interferir na rotina da atividade.

As respostas das perguntadas foram apresentadas através de Tabelas, considerando que as duas primeiras perguntas foram direcionadas ao nome, endereço, assim essas não foram divulgadas preservando o anonimato.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

Após análise dos dados obtidos, observou-se que apenas 64% dos profissionais de enfermagem, entrevistados, possuem um conhecimento sobre o que é humanização.

Quanto aos itens de segurança individual (EPI) que são de grande importância nesse atendimento, 57% dos entrevistados, utilizam apenas luvas e máscaras, configurando um aparato mínimo de proteção. Outro ponto a ser destacado são as práticas de segurança adotadas na unidade hospitalar, onde 83% dos profissionais descartam os materiais perfuro-cortantes contaminados em recipientes apropriados, com as paredes rígidas que é outro fator preponderante no atendimento de enfermagem.

Tabela 1 – Distribuição da Equipe de Enfermagem, quanto à idade, Arapiraca (AL), 2014.

Faixa etária	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
20-29	2	33	7	19	9	21
30-39	3	50	17	47	20	48
40-49	1	17	12	33	13	31
50-59	-	-	-	-	-	-
TOTAL	6	100	36	100	42	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Com relação ao gênero dos profissionais da unidade hospitalar, identificamos que existe um número maior de indivíduos do sexo feminino 36 (83,33%), comum na área de assistência hospitalar (enfermagem). A idade média dos profissionais que participaram da pesquisa foi de 35 anos, e 20 (48%) estão na faixa etária de 30 a 39 anos.

Tabela 2 – Distribuição da Equipe de Enfermagem, quanto ao estado civil. Arapiraca (AL), 2014.

Estado civil	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro (a)	1	17	11	31	12	29
Casado (a)	5	83	20	56	25	60
Viúvo (a)	-	-	1	3	1	2
Separado (a)	-	-	2	6	2	5
Outro	-	-	2	6	2	5
TOTAL	6	100	36	100	42	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Segundo a Tabela 3, evidencia-se, o grau de escolaridade e o tempo de atividade dos profissionais do estudo. Nota-se que a maioria da equipe 27 (64%) possui o nível médio completo, enquanto 14 (34%) estão cursando ou concluíram o nível superior, Quanto ao tempo de serviço, 27 (64%) dos sujeitos da pesquisa, estão na faixa de 0 a 10 anos de atividade, representando os profissionais recém-admitidos à unidade hospitalar.

Na faixa que compreende de 11 a 20 anos de trabalho, na área de saúde, é observada a maior proporção de acomodação em relação à escolaridade. Nessa faixa 100% dos indivíduos (8 entrevistados), possuem apenas o nível médio completo.

A última faixa, de 21 a 30 anos de atividade, só possui sete pessoas dos entrevistados e nenhuma delas possui o nível superior, uma tem o ensino fundamental incompleto (14%), e 4 (57%) o ensino médio completo, e 2 (29%) o ensino superior incompleto. Fica evidente que apesar do tempo dedicado ao trabalho, a maioria busca a aperfeiçoar seus conhecimentos.

Tabela 3 – Distribuição da Equipe de Enfermagem, quanto à escolaridade e o tempo de serviço na unidade hospitalar. Arapiraca (AL), 2014.

Escolaridade	0-10 Anos		11-20 Anos		21-30 Anos		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ens. Fund Incompleto	-	-	-	-	1	14%	1	2%
Ens. Fund Completo	-	-	-	-	-	-	-	-
Ens. Médio Incompleto	-	-	-	-	-	-	-	-
Ens. Médio Completo	15	56	8	100	4	57	27	64
Ens. Superior Incompleto	8	30	-	-	2	29	10	24
Ens. Superior Completo	4	15	-	-	-	-	4	10
TOTAL	27	100	8	100	7	100	42	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Segundo a Tabela 3, evidencia-se o grau de escolaridade e o tempo de atividade dos profissionais entrevistados. Nota-se que a grande maioria da equipe (64%) possui o nível médio completo, enquanto 34% estão cursando ou concluíram o nível superior. Quanto ao tempo de serviço, 64% dos entrevistados, estão na faixa de 0 a 10 anos de atividade, representando os profissionais recém chegados à unidade hospitalar.

Na faixa que compreende de 11 a 20 anos de trabalho na área de saúde, é observada a maior proporção de acomodação em relação à escolaridade. Nessa faixa 100% dos indivíduos (8 entrevistados), possuem apenas o nível médio completo.

A última faixa, de 21 a 30 anos de atividade, só possui sete pessoas dos entrevistados e nenhuma delas tem o nível superior, uma tem o ensino fundamental incompleto (14%), quatro (57%) o ensino médio completo, e duas 29% o ensino superior incompleto. Fica evidente que apesar do tempo dedicado ao trabalho, absoluta maioria busca a aperfeiçoar seus conhecimentos.

Tabela 4 – Apresentação do conhecimento da Equipe de Enfermagem, sobre o que é humanização em saúde. Arapiraca (AL), 2014.

Vacina contra Hepatite B?	Aux enfermagem		Téc enfermagem		Enfermeira		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca ouviu falar	-	-	-	-	-	-	-	-
Não sabe de forma correta	1	4%	-	-	-	-	1	2%
Sabe mais o menos	8	35%	4	25%	-	-	12	29%
Sabe, mas nem sempre prática	1	4%	1	6%	-	-	2	5%
Sabe e prática	13	57%	11	69%	3	100%	27	64%
TOTAL	23	100	16	100	3	100	42	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014

A Tabela 4 destaca que 27 (64%) dos profissionais de enfermagem, estão trabalhando em cima de um atendimento humanizado e sabem a importância desse atendimento para ele como profissional e para o paciente/cliente.

Porém, ao analisar os resultados dos questionários, identificou-se que muitos abandonaram espontaneamente essa atividade por falta de paciência e pelo “corre corre” diário, segundo eles. Dessa maneira é lamentável não dispor de recursos e tempo suficiente para aprofundar para essa equipe, a importância de uma assistência humanizada, mas foi solicitada a enfermeira, que eu realizasse esse acompanhamento e palestras sobre a importância desse atendimento para o profissional e para o paciente/cliente.

Tabela 5 – Distribuição da utilização de equipamentos de proteção individual pela Equipe de Enfermagem. Arapiraca (AL), 2014.

Utilização de EPI	Aux enfermagem		Téc enfermagem		Enfermeira		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Avental, luvas, máscaras, óculos	4	17	-	-	2	67	6	14
Avental, luvas, máscaras	3	13	6	38	-	-	9	21
Luvas, máscaras	13	57	10	63	1	33	24	57
Avental e luvas	-	-	-	-	-	-	-	-
Luvas	-	-	-	-	-	-	-	-
Nenhum	-	-	-	-	-	-	-	-
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
TOTAL	23	100	16	100	3	100	42	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Com relação aos equipamentos de proteção individual (EPI), os resultados se dissipam, conforme a atividade no qual os profissionais exercem. Dessa forma, ao observar a Tabela 5, verifica-se um percentual a ser considerado como bom, uma vez que apenas 3 (13%) dos sujeitos do estudo (todos auxiliares de enfermagem) não marcaram nenhuma das alternativas, o que leva a entender que foi um descuido dos mesmos.

São notáveis de acordo os dados que os auxiliares e os técnicos respectivamente com 13 (57%) e 10 (63%) usam apenas luvas e máscaras, ou seja, mais da metade, enquanto, que entre as enfermeiras 67% utiliza como equipamento de proteção individual avental, luvas, máscaras e óculos.

Tabela 6 – Descarte de material perfurocortante em recipientes de paredes rígidas de acordo com a categoria profissional. Arapiraca (AL), 2014.

Descarte em recipiente de parede rígida	Aux. enfermagem		Téc. enfermagem		Enfermeira		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	16	70	16	100	3	100	35	83
Não	4	17	-	-	-	-	4	10
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
TOTAL	23	100	16	100	3	100	42	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

A Tabela 6, também é de extrema importância, pois descreve diretamente os riscos em que são submetidos os funcionários e está inserido no trabalho humanizado. Os auxiliares de enfermagem que fazem o descarte de material perfuram cortantes (lâminas, bisturi, agulhas, etc.) em recipiente de parede rígida, têm um percentual de 16 (70%), já que 17% responderam que não descartam em um recipiente de parede rígida e 13% não marcaram nenhuma alternativa. Já os técnicos de enfermagem e as enfermeiras todas responderam positivamente a questão.

O fato de que 17% dos auxiliares revelarem que não descarta material possivelmente contaminado em recipientes apropriados são preocupantes, pois pode ser a ponta de um *iceberg*, ou seja, existem algumas falhas, mesmo que seja de menor potencial, mais em se tratando de uma unidade hospitalar, os riscos de infecção devem ser exatamente zero, ainda porque as doenças mais graves, dentre elas a Hepatite B e C são contraídas por vírus, que é transmitida facilmente por um rápido contato.

Tabela 7 – Distribuição da Equipe de Enfermagem, segundo alguns fatores de risco. Arapiraca (AL), 2014.

Fatores de Risco	Aux Enfermagem		Téc Enfermagem		Enfermeira		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tatuagem	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	3	13	1	6	2	67	6	14
Não	17	74	15	94	1	33	33	79
Não Responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
Piercing	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	2	9	-	-	-	-	2	5
Não	18	78	16	100	3	100	37	88
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
Hemodiálise	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	1	4	-	-	-	-	1	2
Não	19	83	16	100	3	100	38	90
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
Cirurgias	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	10	43	14	88	3	100	27	64
Não	10	43	2	13	-	-	12	29
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
Transfusão de Sangue	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	2	9	-	-	-	-	2	5
Não	17	74	15	94	3	100	35	83
Não sabe	1	4	1	6	-	-	2	5
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
Tratamento dentário	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	12	52	11	69	3	100	26	62
Não	8	35	5	31	-	-	13	31
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
Acupuntura	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	20	87	16	100	3	100	39	93
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7
Compartilha objetos pessoais	23	100	16	100	3	100	42	100
Sim	2	9	-	-	-	-	2	5
Não	18	78	16	100	3	100	37	88
Não responderam	3	13	-	-	-	-	3	7

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

A Tabela 7 revela os fatores de risco mais comuns, os que têm mais probabilidade de acometer os profissionais entrevistados, considerando que o trabalho humanizado requer o bem dos profissionais e dos clientes/pacientes.

Com relação ao primeiro fator de risco estudado, as tatuagens sabem que é um

canal aberto para a contaminação, pois os materiais que são utilizados para a técnica da tatuagem não têm o costume de serem descartados, já que são de elevado custo. Conforme os dados acima, 13% dos auxiliares já fizeram tatuagem, contra 6% dos técnicos e 67% das enfermeiras entrevistadas, ou seja, das 3 enfermeiras entrevistadas, 2 já fizeram tatuagem.

O segundo fator foi o *piercing*, que foi registrado apenas nos auxiliares com 9%. Os demais profissionais não usam *piercing*. O terceiro fator foi relacionado ao tratamento de hemodiálise, é um fator que devido à precariedade ambulatorial existente na saúde pública, concentra um risco elevado para a contaminação de doenças, porém neste caso, os dados revelam que apenas 4% dos auxiliares fazem o tratamento, os outros profissionais entrevistados não fazem a hemodiálise.

O quarto fato de risco é a cirurgia, que é o fator mais popular, pois de todos os entrevistados 64% já fizeram algum tipo de cirurgia. Esse risco tem relevância, no aspecto de que devido à instabilidade nos métodos de vigilância sanitária, que cresce à medida que aumenta o número de pacientes e esgota os recursos financeiros para a saúde pública. Essa precariedade é refletida na higienização dos equipamentos hospitalares, principalmente àqueles que entram em contato direto com os fluídos corporais do paciente, caso que ocorre na cirurgia; 43% dos auxiliares de enfermagem já fizeram cirurgia, nos técnicos 88% e enfermeiras 100%.

O quinto fator, apesar de o risco ser maior de contaminação, são poucos os profissionais que precisaram de transfusão de sangue. De todos os entrevistados apenas 9% dos auxiliares receberam, transfusão de sangue. Hoje, em dia as instalações de banco de sangue vêm ganhando estrutura para realizar suas operações, porém o que falta são os doadores.

O sexto fator de risco, também é muito popular, o tratamento dentário, devido a essa popularidade existe uma preocupação em torno deste risco.

O setor vigilância sanitária é o órgão responsável pela fiscalização das clínicas dentárias, e deve expedir diretrizes para um bom funcionamento da clínica a fim de um bem estar social. Porém, algumas clínicas não obedecem aos requisitos, e os pacientes são os mais prejudicados, já que supostamente haveria um compartilhamento dos equipamentos dentários, e as transmissões de doenças seria uma questão de tempo. Para se ter ideia desse risco, os que responderam que já fizeram tratamento dentário temos: 52% dos auxiliares; 69% dos técnicos; e 100% das enfermeiras, ou seja, de todos os entrevistados 62% já fizeram tratamento dentário.

Objetos pessoais é um fator de risco, que está relacionado com aqueles que compartilham objetos pessoais, como escova de dente, lâmina de barbear, e até mesmo seringa. Nesse fator 9% dos auxiliares, revelam que compartilham sim objetos pessoais, os demais entrevistados, incluindo os profissionais das outras categorias não compartilham objetos pessoais.

O que não se pode admitir é que por se tratar de indivíduos que atua na área da saúde, ocorra esse tipo de fator de risco. Esse tipo de atitude revela o tipo de profissional despreparado que se encontra na unidade hospitalar, a administração deveria fazer uma reciclagem de conteúdo desses profissionais, identificando as falhas e reeducando.

Assim relacionamos essas etapas para a importância da humanização ser vista em todos os sentidos, humanizar não se resume em atender bem, mas em cuidar bem do paciente e do profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de humanização das relações no ambiente da emergência traz a compreensão do significado da vida do ser humano e assim a humanização. À medida exige maior qualificação dos profissionais para operá-las com precisão, segurança e eficácia, sem com isso velar os valores éticos, estéticos e humanísticos que norteiam a profissão da enfermagem.

Este estudo mostrou que os profissionais de enfermagem da emergência, definiram humanização como ter respeito pelo ser humano, ver o paciente de forma holística e valorizar o paciente e sua família. Foi destacada a empatia como importante característica que possibilita, aos profissionais, um fazer diferenciado com vistas à humanização da assistência.

Com relação ao gênero dos profissionais da unidade hospitalar, identificamos que existe um número maior de indivíduos do sexo feminino 36 (83,33%), comum na área de assistência hospitalar (enfermagem). A idade média dos profissionais que participaram da pesquisa foi de 35 anos, e 20 (48%) estão na faixa etária de 30 a 39 anos.

Identificou-se de acordo os dados, que os auxiliares e os técnicos respectivamente com 13 (57%) e 10 (63%) usam apenas luvas e máscaras, ou seja, mais da metade, enquanto, que entre as enfermeiras 67% utiliza como equipamento de proteção individual avental, luvas, máscaras e óculos.

Acredita-se que o processo de humanização em uma emergência propicia: melhorias das práticas cuidadoras e um comprometimento ético, através de diálogo e autonomia do paciente e de sua família. Acreditando na possibilidade de maior participação da família no cuidado ao paciente, e que a equipe pode ser solidária no desenvolvimento dos cuidados, respeitando a individualidade do paciente e de cada família.

Porém, há que se considerar que este processo, passa pelas condições de que seja estimulado, o aprimoramento profissional e incluído no processo decisório de gestão e, assim, a equipe de enfermagem, sentirá valorizada e apoiada pela sua instituição. Ressaltando que esta valorização deva iniciar, primeiro pelo autocuidado do profissional, para assim, este possa proporcionar com humanização, o cuidado aos pacientes na emergência.

REFERÊNCIAS

DESLANDES, S. F. **Humanização, revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica.** In Humanização dos Cuidados em Saúde, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005.

FORTES, P. A. C.; Martins, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev Bras Enfermagem**, dezembro; 53(nº especial), 2000.

LECLAINCHE, X. É preciso humanizar o hospital. **Rev Paul Hosp.** maio, 1962.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Gestão participativa e co-gestão**, Brasília, 2004, [capturado 20 dez. 2012] Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1164_FL.pdf

Ministério da Saúde (Br). Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras Enfermagem**, março/abril, 2002.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I.; GALLO, P. R. A Humanização na Saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, 2004.